

РОЗДІЛ 3. ЗАЙНЯТІСТЬ ТА СОЦІАЛЬНА ІНФРАСТРУКТУРА

УДК 368.9.06;369.06

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ НАЙМАНИХ ПРАЦІВНИКІВ

В.І. ПАВЛОВ
М.Г.ОЛІЄВСЬКА

Аргументовано необхідність впровадження законодавчих засад медичного страхування, розглянуто сутність та необхідність функціонування медичного страхування, описано систему, функції, принципи обов'язкового медичного страхування, запропоновано своє бачення системи медичного страхування в Україні.

Argued necessity of introduction of legislative principles of medical insurance, essence and necessity of functioning of medical insurance is considered, the system, functions, principles of obligatory medical insurance, is described, the vision of the system of medical insurance is offered in Ukraine.

Ключові слова: медичне страхування, медичні послуги, страхова модель.

Розвиток системи охорони здоров'я нерозривно пов'язаний з його фінансуванням та стабільністю джерел, з яких надходять кошти. Проте, незважаючи на значні фінансові ресурси та достатню кількість лікарів, ефективність функціонування системи охорони здоров'я в Україні залишається низькою. Невідповідність сучасним вимогам та нерівність у доступі населення до медичних послуг зумовлюють необхідність реформування української системи

©В.І. Павлов - д.е.н. професор Національного університету водного господарства та природокористування

©М.Г. Олієвська - аспірант доцент Національного університету водного господарства та природокористування

охорони здоров'я. єдиною альтернативою на сьогодні є перехід до системи загальнообов'язкового державного медичного страхування та приватного медичного страхування.

Вважаємо, що впровадження системи обов'язкового медичного страхування найманих працівників можливе лише за умов найшвидшого прийняття Верховною радою України Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування». Це дозволить забезпечити вирішення соціальних, економічних, правових проблем в галузі охорони здоров'я, пов'язаних з наданням медичної допомоги населенню в сучасних умовах, та забезпечить належний, більш ефективний контроль за діяльністю медичних установ та якістю надання медичної допомоги.

Закон має передбачити управління загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням, джерела коштів загальнообов'язкового державного медичного страхування, порядок їх надходження та використання, відповідальність суб'єктів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та надавачів медичних послуг.

В обов'язковому медичному страхуванні (ОМС) найбільш важливими є забезпечення рівного доступу до отримання медичної допомоги всіх категорій населення і оптимального розподілу фінансових ресурсів серед застрахованих. В основі систем ОМС повинні бути закладені страхові принципи, які можна виразити простою, але ефективною формулою соціальної справедливості - «багатий платить за бідного, а здоровий за хворого». Це зумовлює необхідність створення страхових фондів, функціями яких є збір і перерозподіл засобів, необхідних для надання медичної допомоги застрахованим.

Для реалізації державної політики у сфері ОМС необхідно створити спеціалізований державний орган – Фонд обов'язкового медичного страхування як самостійну некомерційну фінансово-кредитну установу з відповідними регіональними представництвами, підзвітну Верховній Раді та Уряду. Бюджет фонду і звіт про його виконання затверджується на сесії Верховної ради. Причому є самостійним фінансовим документом, що не включається до державного бюджету. Фонд ОМС призначений для акумуляції фінансових коштів, забезпечення фінансової стабільності

державної системи ОМС і вирівнювання фінансових ресурсів для проведення страхових виплат.

Керівництво фондом повинно здійснюватися на рівноправній основі державою, представниками роботодавців та застрахованих осіб. До складу наглядової ради та правління Фонду має входити рівна кількість представників держави, роботодавців та застрахованих осіб, що виконуватимуть свої обов'язки на громадських засадах. Правління Фонду формує виконавчу дирекцію, а наглядова рада контролює її діяльність. Головувати в цих органах повинні всі соціальні партнери однаковим терміном по черзі.

Суб'єктами медичного страхування виступати: страхувальники (громадяни, організації), страховики (фонд ОМС, страхові медичні та універсальні компанії), медичні установи. Принципи взаємодії між учасниками системи ОМС представлені на рисунку 1.

Страхувальниками, що сплачують страхові внески, в обов'язковому медичному страхуванні мають бути: для непрацюючого населення – Кабінет міністрів України та уповноважені ним органи державною управління; для працюючого населення – підприємства, установи, організації, а також особи, що займаються індивідуальною трудовою діяльністю.

Фінансові кошти фонду утворюються за рахунок страхових внесків підприємств, організацій, інших господарських суб'єктів, внесків територіальних фондів на реалізацію сумісних програм. Для адміністративних витрат необхідно перераховувати певний відсоток (0,1-0,3%) процентної ставки від внесків, що поступають до фонду обов'язкового медичного страхування.

Функціями ФОМС є: 1) фінансування цільових програм в рамках ОМС; 2) затвердження типових правил ОМС; 3) розробка нормативних документів; 4) участь в організації територіальних фондів ОМС; 5) міжнародна співпраця; 6) фінансово-кредитна діяльність.

Крім того, ФОМС здійснює співфінансування витрат територіальних фондів ОМС на страхування працюючого і непрацюючого населення за рахунок власних засобів, що поступають з регіонів, з метою вирівнювання фінансової забезпеченості території.

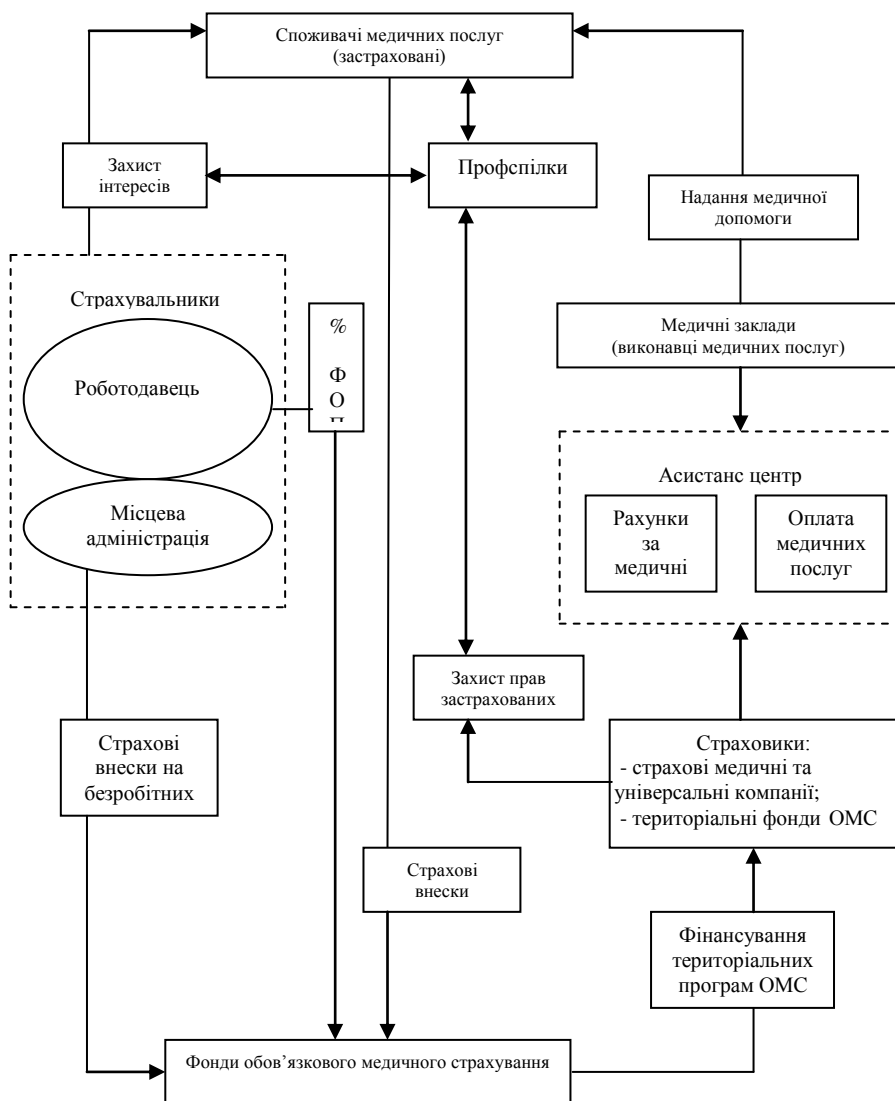


Рис. 1. Учасники системи ОМС

До другої групи суб'єктів управління ОМС входять регіональні фонди ОМС (РФОМС). Вони створюються на територіях областей, є самостійними некомерційними

фінансово-кредитними установами, підзвітні центральному фонду обов'язкового медичного страхування.

Фінансові кошти РФОМС знаходяться в державній власності, не входять до складу бюджету і не підлягають вилученню. Фінансові кошти утворюються за рахунок частини страхових внесків на ОМС і засобах, передбачених місцевими бюджетами.

Страхова модель ОМС зображена на рис. 2.

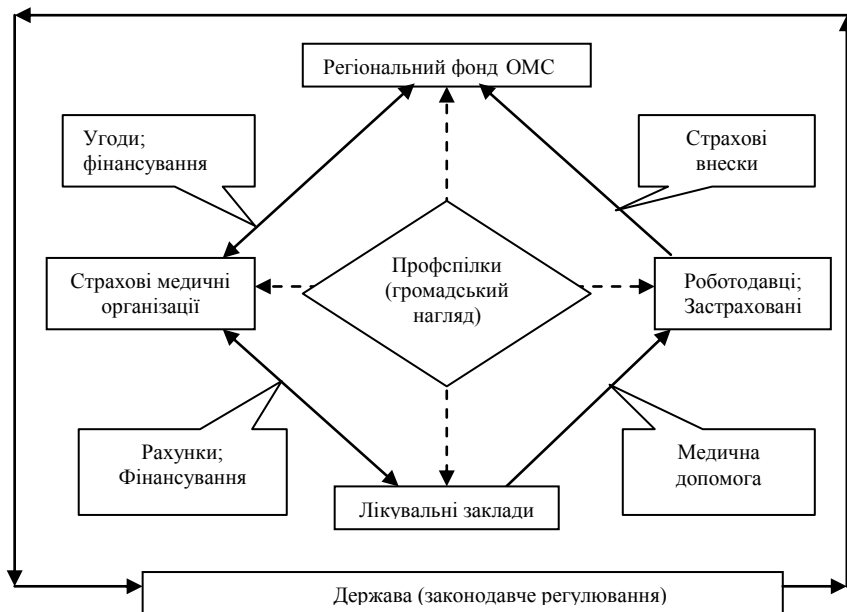


Рис. 2. Страхова модель обов'язкового медичного страхування

РФОМС виконує наступні: збір внесків на ОМС; фінансування територіальних програм; фінансово-кредитна діяльність; надання кредитів медичним організаціям; розробка і затвердження правил ОМС на відповідній території; затвердження тарифів на медичні послуги за узгодженням з органами державного управління місцевої адміністрації, професійними медичними асоціаціями і асоціаціями страхових медичних організацій; ведення банку

даних по всіх страхувальниках; здійснення контролю за порядком нарахування і своєчасністю сплати внесків.

Крім того, фонди ОМС контролюють ефективність використання засобів ОМС установами охорони здоров'я незалежно від форм власності чи приватними лікарями.

До третьої групи суб'єктів управління ОМС входять страхові медичні організації (СМО), які отримують фінансові кошти від територіального фонду залежно від чисельності і структури застрахованого контингенту.

Типовий договір про фінансування обов'язкового медичного страхування є угодою між страховою медичною організацією і територіальним фондом ОМС згідно якому, останній зобов'язується фінансувати страхову медичну організацію в об'ємі, що забезпечує виконання страховиком зобов'язань по укладених договорах ОМС.

Страхові медичні організації здійснюють виплати у вигляді оплати медичних послуг, як страхова медична організація може виступати будь-яка юридична особа, що має ліцензію на проведення ОМС.

До функцій страхових медичних організацій відносяться наступні види діяльності:

- укладення типових договорів з лікувальними установами на надання лікувально-профілактичній допомоги по ОМС;
- укладення типових договорів обов'язкового медичного страхування із страхувальниками;
- складання реєстру застрахованих; видача застрахованим страхових медичних полісів і їх облік, як документів, що засвідчують право на отримання медичної допомоги в об'ємі територіальних програм ОМС;
- участь в ціноутворенні і визначенні тарифів на медичні послуги;
- участь в розробці критеріїв оцінки якості медичної допомоги;
- участь в розробці найбільш ефективних способів оплати медичних послуг (вибір найменш витратного способу оплати);
- контроль за об'ємом, термінами і якістю медичної допомоги відповідно до умов договору;
- розгляд скарг і заяв пацієнтів на якість надання медичної і лікарняної допомоги і умов їх надання, а також вживання відповідних заходів;

- виявлення причин, що призвели до порушення прав пацієнта, здійснення збору інформації про спричинення шкоди життю і здоров'ю застрахованого, викликаного неякісними медичними послугами; направлення відповідних відомостей в органи управління охороною здоров'я, ліцензійно - акредитаційним комісіям про виявлення в ході експертної роботи недоліків в діяльності установи охорони здоров'я незалежно від форм власності;
- розірвання договорів з установою охорони здоров'я незалежно від форм власності на надання медичних послуг у випадках неодноразового виявлення порушень;
- інформування населення про права застрахованих в системі ОМС;
- здійснення захисту прав застрахованих, зокрема шляхом вирішення суперечок по відшкодуванню матеріального збитку застрахованому;
- складання і аналіз статистичної звітності і надання її до територіального фонду ОМС.

Залучаючи комерційні організації, що є професійними учасниками ринкових відносин, до реалізації соціального обов'язку держави, ми маємо намір створити конкурентне середовище в системі ОМС. Це повинно привести як до зменшення витрат на організацію обов'язкового медичного страхування, так і до зростання якості медичної допомоги.

Разом з тим слід зазначити, що саме по собі створення конкурентного середовища в ОМС не може служити належною гарантією реалізації громадянами свого конституційного права на безкоштовну медичну допомогу. Цю думку підтверджує спроба Уряду Німеччини створити конкуренцію серед лікарняних кас з метою оптимізації їх роботи. Так, якщо раніше прикріплення застрахованих здійснювалося виключно за місцем проживання або місцем праці, то останнім часом працівники, що працюють по найму мають можливість вибору і зміни страхової лікарняної каси. Оскільки об'єм медичних послуг, що надається застрахованим згідно програмам ОМС, визначений законодавчо і більш ніж на 90% є стандартним для будь-якої з лікарняних кас, засобами в конкурентній боротьбі стали страхові тарифи і виборчий прийом на страхування деякими лікарняними касами виключно молодих і здорових клієнтів. Унаслідок переходу

громадян в лікарняхні каси з низькими ставками внесків, в систему охорони здоров'я в цілому почали поступати менше засобів для медичного обслуговування застрахованих. Крім того, небажаними клієнтами для «дешевих» лікарняних кас стали люди з важкими хронічними захворюваннями, що вимагають дорогого обстеження і лікування [1, с. 17].

Таким чином, визнаючи велике значення конкурентною середовища в системі ОМС для створення сильних і надійних страхових медичних організацій, слід визнати необхідність державного регулювання і коректування негативних сторін конкуренції.

Складність і специфіка обов'язкового медичного страхування, а також неприпустимість в соціально значущій сфері звичайного для конкурентного середовища методу проб і помилок вимагає державного нагляду за професійними учасниками ринку послуг в ОМС. Право на безкоштовну медичну допомогу повинно володіти засобами забезпечення захисту, що мають підвищену надійність.

Медичне страхування здійснюється у формі договору, що укладається між суб'єктами медичного страхування, які виконують свої зобов'язання. Договір медичного страхування є угодою між страхувальником і страховою медичною організацією, відповідно до якого остання зобов'язується організувати і фінансувати надання застрахованому контингенту медичної допомоги певного об'єму і якості, та інших послуг з програм медичного страхування.

Страхова медична організація не має права відмовити страхувальникові в укладенні договору обов'язкового медичного страхування, який відповідає умовам страхування, що діють. За необґрунтовану відмову в укладанні договору ОМС медична страхова організація за рішенням суду може бути позбавлена ліцензії на право займатися медичним страхуванням.

При укладенні договору про обов'язкове медичне страхування страховик зобов'язаний видати страхувальникові страховий договір, а застрахованому - страховий поліс, що має силу договору. Форма страхового медичного поліса і інструкція про його ведення затверджується Урядом.

В запропонованій нами моделі, між фондом і медичними установами, немає прямих фінансових зв'язків, оплата

медичної допомоги здійснюється фондом через посередника – страхову медичну організацію. Саме ця організація, а не фонд, повинні організовувати надання громадянам безкоштовної для них медичної допомоги і фінансувати цю допомогу з переданих їй фондом засобів, а також захищати інтереси застрахованих громадян.

Така схема забезпечує ряд переваг:

- здійснюється перестраховування ризиків, що забезпечує фінансову надійність цієї системи;
- приватні страхові компанії отримані кошти будуть ефективно використовувати вкладаючи в розвиток національної економіки, що дасть додатковий приріст ВВП;
- створюється конкурентне середовище серед страхових медичних компаній, що значно підвищить якість страхових послуг;
- ця схема ускладнює можливості фінансових махінацій;
- фонди ОМС забезпечуватимуть контроль над соціальною складовою, не даючи можливості страховим компаніям виключити «не рентабельних клієнтів»;
- страхові медичні організації зацікавлені в високому рівні наданих послуг, в розробці і впровадженні програмних засобів для лікувальних установ, навчанні персоналу, здійсненні ефективного контролю над закладами охорони здоров'я, щодо проведення лікування страхових випадків.
- надання профспілкам можливості громадського нагляду за усіма суб'єктами медичного страхування, дасть змогу здійснювати страхові процеси прозоро, широко інформувати населення про всі нюанси медичного страхування, а також стимулюватиме страховиків до ефективної діяльності.

Результати досліджень Мільтона Фрідмена, лауреата нобелівської премії, показують, що ефективність усупільненої системи обов'язкового медичного страхування приблизно вдвічі нижча, ніж системи, заснованої на приватному підприємстві. Це означає, що ті ж самі кошти, що витрачені на охорону здоров'я, дозволяють в умовах вільного ринку підняти рівень медичного обслуговування вдвічі в порівнянні з існуючим в умовах монополії чи прямого бюджетного фінансування. Отже, ми маємо підстави стверджувати, що ОМС є невід'ємним, об'єктивним і необхідним елементом фінансування будь-якої ефективної системи охорони здоров'я.

Бібліографія

1. Таранов А.М. **Десять лет системе ОМС в Российской Федерации – итоги и пути совершенствования** // Вестник ОМС. – 2003. - №2. – с.17.
2. И.В. Линькова, Л.А. Габуева **Добровольные виды страхования в здравоохранении: организация, право, экономика.** – М.: МЦФЭР, 2001. – 352 с.
3. Батечко С.А., Порван П.П., Загородний В.В, Бірюков В.С., Руднев А.С, Савченко А.Н., Тарасов Н.В., Арийчук Е.К., Дмитриев И.Б. **Больничная касса: теория и практика формирования общественно-солидарной системы медицинского взаимострахования** (Под общей редакцией Загороднего В.В.). – Б.Церковь: ООО «Червона Рута-Турс», 2004. – 200 с.
4. Михайлюта О.О. **Соціальне страхування: перспективи розвитку** // Соціальне страхування. – 2007. - №
5. – с. 7. 5. Антоненко Т. **Реформування загальнообов'язкового державного соціального страхування . Стан та перспективи** // Соціальне страхування. – 2007. - № 1. – с. 4-7.

Рецензент: д.е.н., професор Павлов В.І.

УДК 657:336.14

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ АНАЛІЗУ ВИКОНАННЯ БЮДЖЕТНИХ ПРОГРАМ

Р.Є. ФЕДІВ

Статтю присвячено теоретичним основам аналізу виконання бюджетних програм. Автор висловлює погляд на удосконалення системи аналізу використання бюджетних коштів, що знаходить втілення в дослідженнях ефективності управління державними ресурсами.

The article is devoted to theoretical bases of analysis of implementation of the budgetary programs. The article contains the author's view on the perfection of the existing system of analysis of use of budgetary funds, which is realized through

©Р.Є. Федів - пошукач Національного університету водного господарства та природокористування